

## **Si usted necesita ayuda al momento de completar esta solicitud, consulte a un miembro del personal de la Oficina de Asistencia Pública.**

### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO:**

El Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana (DPHHS, por sus siglas en inglés) ofrece diferentes programas para asistirlo. Utilice este formulario para solicitar dinero en efectivo con el plan Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Medicaid, Programas de Ahorro de Medicare o cupones para alimentos.

1. **Si no tiene tiempo de completar la solicitud ahora, llene toda la primera página, incluyendo su firma, y entregue sólo la primera copia de la primera página hoy.**
2. Si cumple con los requisitos para recibir **cupones para alimentos**, los beneficios pueden comenzar a partir de la fecha en la cual se reciba la primera página de la solicitud. Si cumple con los requisitos para obtener **dinero en efectivo con el plan TANF**, los beneficios pueden comenzar a partir de la fecha en la cual se reciba la primera página de la solicitud, o de la fecha en la que usted se inscriba en el programa WoRC, si corresponde, lo que sea en último lugar. Si cumple con los requisitos, **Medicaid** puede comenzar a tener efecto hasta 3 (tres) meses antes del mes de presentación de la solicitud.
3. Usted puede tener el derecho a recibir **cupones para alimentos** dentro de los siete días (servicio expeditivo). Lea el reverso de la página 1 para obtener más detalles.
4. Complete todo el formulario de la mejor manera posible.
5. Por favor, utilice tinta negra o azul (es más fácil de leer y se fotocopia mejor) Escriba sus respuestas en letra de imprenta.
6. Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, adjunte una hoja adicional con la información apropiada sobre cada persona adicional.
7. La solicitud debería ser completada por un miembro del hogar o un representante autorizado que conozca la situación financiera de todos los miembros de la familia. La persona que complete la solicitud es responsable de todas las respuestas dadas.
8. Todas las preguntas sobre "familia/hogar" se refieren a las personas que solicitan asistencia y aquellas que son financieramente responsables de ellas. Para Medicaid y cupones para alimentos, necesita ingresar el número de seguro social y la ciudadanía sólo de las personas que solicitan Medicaid o los cupones mencionados.
9. Todas las preguntas están marcadas para indicar el/los programas que se solicitan.  
**(M para Medicaid, A para cupones de alimentos, T para el programa TANF de asistencia de dinero en efectivo)**

### **Por favor, preste especial atención a estos códigos en la sección blanca del formulario.**

10. Si NO solicita **Medicaid (M)**, puede omitir las preguntas 36 a 43 inclusive (con fondo celeste).
11. Si NO solicita **cupones para alimentos (A)**, puede omitir las preguntas 44 a 51 inclusive (con fondo verde).
12. Si NO solicita **asistencia de dinero en efectivo del programa TANF (T)**, puede omitir las preguntas 52 a 55 inclusive (con fondo naranja claro).

# SOLICITUD DE ASISTENCIA

**LAS AREAS GRISADAS SON PARA INSTRUCCIONES Y PARA USO EXCLUSIVO DEL ORGANISMO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
 Dirección real: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Nro. de Teléf. de día: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Nro. de telé. para mensajes: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 ¿Vive en dentro de las fronteras geográficas de una Reserva Indígena?  Sí  No  
 Si usted no vive en una calle con dirección, en una hoja a parte describa como llegar a su casa.

**Complete todo los espacios requeridos para todas las personas que viven con usted, ya sea en forma permanente o temporal. Debe incluirse en la lista primero usted, luego su cónyuge e hijos, incluyendo hijos no nacidos, luego otros adultos y niños. (Las personas menores de 22 años deben incluir en la lista a sus padres si viven en el mismo hogar). Si solicita sólo cupones para alimentos, por favor inclúyase en la lista, luego su cónyuge, hijos menores de 22, y cualquier otra persona que compre o prepare comidas con usted.**

**M: obligatorio para Programas de Ahorro de Medicaid/ Medicare (PAM), A: obligatorio para cupones de alimentos, o T: obligatorio para asistencia de dinero en efectivo de TANF**

NOMBRE (Apellido, primero y segundo Nombre)	RELACIÓN CON UD.	SOLICITA Sí/NO			FECHA DE NACIMIEN- TO	(M, T)	(M, T)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	(M, T)	CIUDADANO EEUU Sí/No
		/ PAM Medicaid	Cupones/ alimentos	TANF		LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO		ESTADO CIVIL	
1.	YO									
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

**(A) PREGUNTAS DEL SERVICIO EXPEDITIVO DE CUPONES PARA ALIMENTOS**

¿Cuál es el total de ingresos antes de sufrir retenciones que su grupo familiar ha recibido o espera recibir este mes? Si es cero, ingrese cero. \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto dinero en efectivo y ahorros tienen en su familia? (Ofrezca su mejor estimación) Si es cero, ingrese cero. \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga de renta/hipoteca por mes? Si es cero, ingrese cero. \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga actualmente por servicios públicos por mes? Si es cero, ingrese cero. \$ \_\_\_\_\_

¿Hay algún emigrante o trabajador de granja temporal en su casa?  Sí  No

**PARA USO DEL CONDADO**

Ingreso menor a \$150 y dinero en efectivo y ahorros no más de \$100?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, acelerar.

¿Los ingresos y recursos combinados son menores a la renta/hipoteca y los servicios públicos?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, acelerar.

¿El emigrante indigente/ trabajador de granja temporal posee recursos disponibles que no superan los \$100?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, acelerar.

Indagado por servicios expeditivos:  Sí  No  
 Apto para recibir servicios expeditivos:  Sí  No  
 \_\_\_\_\_ Inicial del trabajador

**ADVERTENCIA DE MULTA: JURO O AFIRMO QUE LAS DECLARACIONES REALIZADAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS Y CORRECTAS.**

**X** \_\_\_\_\_  
 FIRMA O MARCA DEL SOLICITANTE (O DEL TUTOR LEGAL/ REPRESENTANTE AUTORIZADO) FECHA

TESTIGO QUE DEJA SU MARCA (SÓLO NECESARIO SI EL SOLICITANTE NO PUEDE FIRMAR SU NOMBRE COMPLETO) FECHA

## **ENTREVISTA:**

1. Una vez que la solicitud sea presentada, se le notificará del horario y fecha de la entrevista (si es necesaria). **La entrevista no es obligatoria, pero es recomendada para Medicaid. Complete lo más que pueda de esta solicitud.** Un trabajador lo ayudará con las preguntas en la entrevista. Si usted no tiene toda la información necesaria, esto podría demorar la decisión sobre su solicitud.
2. Para solicitar cupones para alimentos y asistencia de dinero en efectivo de TANF, si no puede asistir a su cita (si es necesaria), **debe programar otra cita dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud.** Si usted no programa otra cita, se rechazará su solicitud.
3. Si no se puede presentar a la entrevista o no puede encontrar a alguien que lo represente, llame a la Oficina de Asistencia Pública del Condado para programar una visita a domicilio o una entrevista telefónica.

**PARA OBTENER CUPONES PARA ALIMENTOS DENTRO DE LOS 7 DÍAS (SERVICIO EXPEDITIVO):** Usted puede ser apto para el servicio expeditivo si su ingreso y recursos no son suficientes como para cubrir la renta/hipoteca mensual y los servicios públicos, o si su ingreso y recursos son escasos, o si hay un emigrante o un trabajador de granja temporal en su hogar.

1. Complete la solicitud y presente evidencia de la identidad de la persona en el primer lugar de su lista en la primera página.
2. Si no tiene tiempo de completar este formulario ahora, complete la primera página y entréguela ahora. Esto asegurará que sus beneficios comiencen hoy si cumple con los requisitos para recibir cupones para alimentos.
3. Debe completar todas las preguntas que no estén marcadas con un código específico y todas las preguntas marcadas con la letra A.
4. Si usted cumple con los requisitos para recibir el servicio expeditivo, obtendrá cupones para alimentos para este mes aun si no puede presentar todas las pruebas necesarias en este momento.
5. Si siente que cumple con los requisitos para recibir el servicio expeditivo pero el empleado dice que no, puede solicitar una conferencia administrativa. Si no se toma una resolución, entonces puede pedir una audiencia imparcial ya sea en forma oral o por escrito.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:**

1. Tiene derecho a presentar una solicitud el mismo día en que nos contacta. Usted puede presentar la solicitud entera o completar la primera página, o enviarla por correo a la Oficina de Asistencia Pública del Condado.
2. No es necesario que sea entrevistado o que haya programado una cita antes de completar la solicitud.
3. Su solicitud será tramitada dentro de los 30 días para cupones para alimentos y TANF, y en 45 días para Medicaid a partir de la fecha de la solicitud, excepto en circunstancias inusuales según se definen por norma.
4. Los solicitantes que están por ser dados de alta de alguna institución pueden presentar su solicitud para cupones para alimentos antes de su alta. La fecha de presentación de la solicitud para esos solicitantes es la fecha de alta de la institución.
5. **Para cupones para alimentos:**
  - no intercambie o venda los cupones;
  - no utilice los cupones para obtener productos no aptos como bebidas alcohólicas o tabaco; y
  - no utilice los cupones de otra persona para su familia.
6. Con los cupones para alimentos, se le exigirá que devuelva cualquier beneficio al cual no tenga derecho, incluyendo errores cometidos por este organismo. Se le exigirá que devuelva los beneficios de TANF y/o Medicaid que no tiene derecho a recibir por cualquier otra razón diferente a un error de este organismo.
7. De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, estado civil, creencias políticas, religión o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, contacte al USDA o al HHS. Para cupones para alimentos, escriba al Director del USDA, Oficina de Derechos Civiles, Sala 326-O, Edificio Whitten, 1400 Independence Avenue SW, Washington D.C. 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y dispositivo de telecomunicación para sordos). Para Medicaid y TANF, escriba al Director del HHS, Oficina de Derechos Civiles, Sala 506-F, 200 Independence Avenue SW, Washington D.C. 20201, o llame al (200) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (dispositivo de telecomunicación para sordos) El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

## **REQUISITOS PARA CUPONES PARA ALIMENTOS:**

1. Las personas que tengan buenas condiciones mentales y físicas y que tengan entre 16 y 60 años no tendrán derechos si: (1) se niegan sin una buena causa a ofrecer información suficiente que permita determinar su situación o la disponibilidad laboral; (2) renuncian a un trabajo voluntariamente o sin una buena causa; (3) reducen su carga horaria voluntariamente o sin una buena causa (y luego de la reducción, están trabajando menos de 30 horas semanales).
2. Las personas que residen en un condado con un Programa de Empleo y Capacitación de Cupones para Alimentos pueden asistir a ese programa.
3. Los requisitos para la asistencia de dinero en efectivo de TANF no se aplican a los cupones para alimentos.

## **BENEFICIOS CON LÍMITES DE TIEMPO:**

1. La familia puede no reunir los requisitos para recibir los beneficios de la asistencia de dinero en efectivo de TANF si un miembro de la familia ha recibido 60 meses de beneficios de TANF en cualquier estado. Los plazos de TANF no se aplican a Medicaid o a los cupones para alimentos.
2. Un adulto capaz sin ningún dependiente puede no ser apto para recibir los beneficios de los cupones para alimentos si ha recibido esos cupones durante 3 meses en un período de 36 meses, a menos que cumpla una exención o los requisitos laborales.

## **MULTAS: PROGRAMAS DE CUPONES PARA ALIMENTOS Y ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO DE TANF:**

1. **Es ilegal que usted, intencionalmente, haga falsas declaraciones, tergiversar los hechos u oculte información para obtener beneficios.**
2. **Las personas que intencionalmente violen una norma pueden ser procesadas y multadas. De acuerdo al Programa de Cupones para Alimentos, la multa puede ser de hasta \$250.000 o puede ser encarcelado hasta 20 años, o ambos. También pueden ser procesados según otras leyes federales pertinentes.**
3. **Cualquier miembro de la familia que intencionalmente viole una norma del programa de cupones para alimentos o de asistencia de dinero en efectivo de TANF puede ser excluido del programa durante un año por la primer violación, durante dos años por la segunda violación y puede ser descalificado permanentemente después de la tercera violación.**
4. **Cualquier persona que haya recibido cupones para alimentos y a quien un tribunal local, estatal o federal haya declarado culpable de intercambiar cupones por sustancias controladas (drogas ilegales o medicamentos para los cuales se necesita receta médica) será descalificada y no podrá participar del programa durante dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.**
5. **Cualquier persona que haya recibido cupones para alimentos a quien un tribunal local, estatal o federal haya declarado culpable por intercambiar cupones por armas de fuego, municiones, o explosivos será descalificado en forma permanente y no podrá participar del Programa de Cupones para Alimentos.**
6. **Una persona será descalificada permanentemente para participar en el Programa de Cupones para Alimentos si es declarada culpable de traficar cupones de \$500 o más.**
7. **Una persona no tendrá derecho a participar en el Programa de Cupones para Alimentos durante diez años si se descubre que ha hecho una declaración o representación fraudulenta en lo que respecta a su identidad y/o residencia con el fin de obtener varios beneficios simultáneamente.**
8. **Cualquier persona que haya realizado afirmaciones fraudulentas con respecto al lugar de residencia o a los beneficios recibidos en otro estado con el fin de recibir beneficios múltiples simultáneamente, no podrá participar de la asistencia montearia de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) durante 10 años.**

(M,A,T) 1. ¿Es usted residente de Montana?  Sí  No

(T) Si la respuesta es Sí, señale por cuánto tiempo:  menos de 1 mes  1-6 meses  más de 12 meses

(T) 2. Si ha vivido en Montana durante 12 meses o menos, mencione el estado o país de donde vino:

Señale una razón por la cual usted se mudó a Montana:

Trabajo  Me gusta Montana  Parientes  Plazos terminados de Asistencia de dinero en efectivo (TANF) en otro estado  Otra

(M,T) 3. Mencione el nombre, la dirección y el número de teléfono de cualquier persona que actúe como tutor legal o representante con poder notarial por cualquier miembro de la familia. Traiga copia de un documento legal (lea la pregunta 4 a continuación para designar a un representante autorizado para cupones para alimentos, si lo desea).

(M,A,T) 4. Usted puede elegir un REPRESENTANTE AUTORIZADO que lo ayude con Medicaid, los cupones para alimentos o la asistencia de dinero en efectivo de TANF.

¿Desea que su representante autorizado lo ayude con la tarjeta de asistencia de dinero en efectivo o de Medicaid?  Sí  No

¿Desea que su representante autorizado lo ayude a solicitar asistencia de cupones para alimentos?  Sí  No

¿Desea que su representante autorizado tenga acceso a su cuenta de Acceso de Montana de cupones para alimentos y que utilice sus beneficios para comprar alimentos por usted?  Sí  No

¿Desea que su representante autorizado reciba sus cartas y notificaciones?  Sí  No

Escriba el nombre, la dirección, y el número de teléfono de su representante autorizado a continuación. (Puede nombrar a varios representantes autorizados para un mismo caso pero para Medicaid, solamente uno por persona. Si nombra a otros representantes autorizados, por favor complete la siguiente información en una hoja de papel aparte.)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Teléfono
----------	--------	----------------------------	----------

Dirección postal	Ciudad	Código postal
------------------	--------	---------------

(M,A,T) 5. ¿Hay algún miembro de su familia temporalmente fuera de su hogar?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, mencione su nombre, la fecha en que partió, la fecha de regreso, destino de la persona (como por ejemplo el hospital, estudiando en otra ciudad, buscando empleo, etc.)

(M,T) 6. ¿Hay alguna persona embarazada en su hogar?  Sí  No

¿Quién está embarazada?	Fecha estimada del parto	Número de fetos (¿mellizos, trillizos?)	Nombre del padre

(Se solicitará prueba médica del embarazo)

(A,T) 7. ¿Comparte su hogar con otras personas no incluidas en la lista de la primera página?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, mencione sus nombres:

(M,A,T) 8. ¿Alguna de las personas en la lista la página 1 ha usado alguna vez otro nombre (tal como un apellido de soltera, apellido de casada anterior, etc.) o número de seguro social?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, detalle a continuación:

(M, A, T) 9. ¿Alguien en su familia concurre a la escuela actualmente?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí y se está solicitando **Medicaid o TANF**, por favor complete el siguiente cuadro con los datos de cada miembro de su familia de 16 años o más.

Nombre del miembro de la familia	Estudia en la escuela (escriba el nombre de la institución)	Sin título/ Diploma de educación general básica/ Diploma	Diploma de escuela Secundaria/ Diploma de educación general básica/	Título Inter-medio	Licencia-tura	Otras crecenciales

**VOLUNTARIO:** Complete las preguntas 10 y 11 por todos los miembros de su familia. Estas preguntas sobre su origen étnico y racial no serán utilizadas para determinar su nivel de beneficios o su elegibilidad. Si usted no responde, el empleado completará esta sección. Las preguntas sobre origen étnico y racial están autorizadas por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. La razón de la información es para asegurar que los beneficios de este programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color o la nacionalidad.

(M, A, T) 10. Por favor, indique una categoría étnica para cada miembro de su familia.

Nombre del miembro de la familia	HL hispano/latino	NH no-hispano/latino

SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA APARTE

(M, A, T) 11. Por favor indique una o más categorías de herencia racial para cada miembro de su familia.

Nombre del miembro de la familia	IA indio americano o nativo de Alaska	AS asiático	IP nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico	N negro o afroamericano	BL blanco

SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA APARTE

(M, T) 12. Si alguien de su familia es un miembro inscripto de una tribu, ingrese el nombre de la persona, el nombre de la tribu, y el número de inscripción tribal.

Nombre:	nombre de la tribu	número de inscripción tribal

SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA APARTE

(M, A, T) 13. ¿Es alguien en su casa inquilino o pensionista (paga por hospedaje y/o comidas)?  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, por favor mencione quién. \_\_\_\_\_

(M, A, T) 14. ¿Algún miembro de su familia, mayor de 16 años, está imposibilitado para trabajar o discapacitado mental o físicamente? (Si no se está recibiendo pago, puede ser necesaria información adicional o pruebas.)  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, complete el siguiente cuadro:

Nombre:	condición médica	fuentes del pago por discapacidad

(M, A, T) 15. ¿Algún miembro de su familia está imposibilitado de trabajar fuera de su hogar porque cuida de un miembro de la familia discapacitado?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete el siguiente cuadro:

Nombre de la persona discapacitada	Nombre de persona que lo cuida	Nombre del médico	Duración estimada de la discapacidad

(M, T) 16. ¿Hay entre los solicitantes algún extranjero (no ciudadano estadounidense)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete el siguiente cuadro:

Nombre del extranjero	estado legal	día de ingreso en los EE UU	Nombre y dirección del patrocinador

(M,A,T) 17. Marque el casillero correspondiente a las propiedades adquiridas por cualquier miembro de su familia. Incluya la propiedad que pertenece también a otra persona dentro o fuera de su familia.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta/s bancarias - PC/SV/CU/BC/IT/ID   | <input type="checkbox"/> Acciones / Bonos – ST / BO            |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo                       | <input type="checkbox"/> Fideicomisos – TI/TF                  |
| <input type="checkbox"/> Cuentas individuales aborígenes (IIM)-IM | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____              |
| <input type="checkbox"/> Plan de pensión – IR/PE/MR               | <input type="checkbox"/> Cuenta MAC para manutención de niños. |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) - CD        | <input type="checkbox"/> Ninguno                               |

Complete los recuadros siguientes para todos los ítems marcados.

Nombres de las instituciones financieras	Tipo de propiedad/cuenta	Propietario/s/copropietario/s	Importe

(M, A, T)18. Marque las casillas frente a la propiedad que pertenece o fue comprada por cualquier miembro de su familia. Incluya la propiedad en co-propiedad con otros dentro o fuera de su familia.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> El hogar en donde vive (incluya casas rodantes) - HM   | <input type="checkbox"/> Propiedad que produce renta - PI               |
| <input type="checkbox"/> Caravana/remolque (diferente al hogar en el que vive) - TR   | <input type="checkbox"/> Contratos de escrituras                        |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida (enumere todas pólizas) - LI<br>(Opcional si solicita cupones para alimentos solamente) | <input type="checkbox"/> Fondo de entierro/ contratos/ pólizas          |
| <input type="checkbox"/> Equipamiento para granja/negocios - FE   | <input type="checkbox"/> Bienes inmuebles de por vida - LE              |
| <input type="checkbox"/> Ganado - LV  | <input type="checkbox"/> Derechos mineros (petróleo, gas, carbón, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Herramientas/equipo para trabajar - TT   | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                       |
| <input type="checkbox"/> Otras casas, tierras o edificios – HS, RE  | <input type="checkbox"/> Anualidad                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Ninguno  |

Complete los recuadros siguientes para todos los ítems marcados.

Propietario/s/ copropietario/s	Tipo de propiedad/cuenta	Valor	Cantidad adeudada	Ubicación/ número de cuenta	En venta Si/No	Acciones

**(M, T) 19. Marque los casilleros junto a todos los vehículos que pertenecen o fueron comprados por cualquier miembro de la familia. Incluya vehículos en co-propiedad con otros dentro o fuera de su familia.**

- Automóvil - CA
- Camión - TR
- Motocicleta - MC

- Motonieve - SM
- Bote y/o motor de bote - BO
- Casa rodante o vehículo recreativo - MH

**Complete los siguientes recuadros para todos los vehículos, incluyendo aquellos que no funcionan o que no tengan licencia.**

Año	Marca	Modelo	Propietario/s/ copropietario/s	Con o sin licencia	Cantidad adeudada	Para uso del condado

**(M, A, T) 20. Mencione cualquier vehículo, dinero, propiedad u otros bienes vendidos, intercambiados o regalados por cualquier miembro de su hogar dentro de los últimos 3 meses por solicitudes para cupones para alimentos o dentro de los últimos 5 años por otros programas de asistencia.**

Artículo	Fecha de venta, intercambio o regalo	Nombre de la persona que vendió, intercambió o regaló el artículo	Nombre de la persona a quien se le vendió, regaló o con quien se intercambió	Relación con la persona que vendió, intercambió o regaló el artículo

**(M, A, T) 21. Marque las casillas de todos los ingresos no ganados (que no provengan de un empleo) recibidos por cualquier miembro de su familia.**

- Seguro social - SS
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) - SI
- Seguro de desempleo - UI
- Indemnización laboral - WC
- Manutención de niños/ pensión alimenticia - CS
- Regalos/ contribuciones
- Pagos de asistencia de una tribu o de otro estado - AP
- Asistencia general (incluye el Condado o BIA) - GA
- Intereses/dividendos – DI
- Beneficios de excombatiente - VA

- Asignación militar - MI
- Beneficios de jubilación/ pensiones – RR/OP
- Ingreso de arrendamiento - LE
- Regalías - RO
- Pagos por programa de crianza temporal - FC
- Compensación del seguro -
- Préstamos - LO
- Seguro por discapacidad temporal - TD
- Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_
- Ninguno

Nombre:	Tipo de ingreso	Frecuencia con la que se cobra	Importe

(M, A, T) 22. ¿Alguien de su familia ha **solicitado o recibido Seguro de Desempleo (UI) o indemnización laboral (WC) dentro de los últimos 12 meses?**

Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete el siguiente cuadro:

UI <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/>	UI <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/>
Nombre: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Razón de terminación/ negación: _____ Recibido durante los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Razón de terminación/ negación: _____ Recibido durante los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(M, A, T) 23. Marque la casilla y mencione la cantidad de ayuda económica para estudiantes solicitada o recibida dentro de los últimos 12 meses por un miembro de la familia.

Préstamo estudiantil \_\_\_\_\_  
 Beca PELL \$ \_\_\_\_\_  
 Of. de Asuntos de Nativos Americanos \$ \_\_\_\_\_

Ayuda para excombatientes \$ \_\_\_\_\_  
 Becas \$ \_\_\_\_\_  
 Otra (incluye familia, práctica estudiantil, iglesia, empleador, etc.) \$ \_\_\_\_\_

(M, T) 24. ¿Algún miembro de su familia espera recibir dinero (como por ejemplo por una demanda, manutención de niños, jubilación, pensiones, seguro por discapacidad o accidente)?

Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete el siguiente cuadro:

Quien recibirá dinero	Fuente	Fecha estimada de cobro	Importe estimado

**PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE:**

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona accidentada: \_\_\_\_\_ Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona o compañía de seguros que es o puede ser responsable de pagar cualquiera de estos costos médicos: \_\_\_\_\_

(M, A, T) 25. ¿Hay algún miembro de la familia que trabaje actualmente o que haya trabajado en los últimos 4 meses?

Sí  No

Mencione todos los miembros de la familia que han trabajado, trabajarán, o están actualmente trabajando este mes, o que recibirán un salario este mes por trabajos realizados con anterioridad. Incluya: Empleo actual (tiempo completo o medio tiempo), trabajos esporádicos, propinas, comisiones, prácticas estudiantiles. **POR FAVOR PROPORCIONE COMPROBANTE DE SALARIO DE ESTE MES Y DEL ANTERIOR**

	Complete una columna por cada trabajo de cualquier miembro de la familia		
PERSONA EMPLEADA			
INGRESO TOTAL DE ESTE MES SIN RETENCIONES			
NOMBRE DE LA EMPRESA			
DIRECCION DE LA EMPRESA			
TELÉFONO DE LA EMPRESA			
FECHA DE INICIO DEL EMPLEO			
PROMEDIO DE HORAS POR SEMANA			
PAGO POR HORA			
PROMEDIO DE PROPINAS POR SEMANA			
FRECUENCIA CON LA QUE COBRA			
FECHAS DE COBRO DE SALARIO			
FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DE PAGO			

(M, T) 26. ¿Espera usted o alguien de su familia un cambio en las ganancias o en la cantidad de horas semanales de trabajo (por ejemplo, vacaciones, empleo estacional)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

(A, T) 27. ¿Hay alguien en su familia que haya dejado de trabajar o que haya reducido las horas de trabajo en los últimos 30 días?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete los recuadros siguientes e incluya cualquier salario cobrado **este mes** en la pregunta 24.

Nombre:		Nombre del empleador	Fecha de renuncia del trabajo o de reducción de carga horaria
Fecha e importe del último cheque	Razones de renuncia	¿Es un despido temporal?	Fecha en la que se espera retomar el empleo

*Utilice una hoja aparte para personas adicionales.*

(A, T) 28. ¿Hay alguien en su familia que esté en huelga?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, mencione quién, cuándo comenzó la huelga, el nombre del empleador y el importe del salario de huelga. \_\_\_\_\_

(M, T) 29. ¿Hay algún miembro de su familia que sea excombatiente, cónyuge o hijo de un excombatiente (vivo o fallecido)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

Nombre del excombatiente/ servicio activo	Relación con usted

¿Algún miembro de su familia directa (que viva con usted o que no sea parte de su hogar) participa activamente como miembro de las Fuerzas Armadas de los EE UU? (Incluya a reservistas en servicio activo)  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

Nombre del excombatiente/ servicio activo	Relación con usted

(M, A, T) 30. ¿Hay alguien en su familia que trabaje en forma independiente o que haya trabajado de manera independiente en el último año?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

Nombre de la empresa	Nombre del dueño	Tipo de negocio	¿En venta? Sí/ No

**POR FAVOR PROPORCIONE REGISTROS DE SU EMPLEO INDEPENDIENTE**

**PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE:**

(M, A, T) 31. ¿Hay alguien de la familia que trabaje a cambio de los gastos de estadía o de vivienda?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

**(M, A, T) 32.** Mencione los gastos que usted es responsable de pagar. Si usted no informa y confirma sus gastos, no se permitirá la deducción de gastos. Si existe alguien fuera de su hogar que pague algún tipo de gasto de su familia, por favor escriba el nombre en la última columna.

Artículo	Código	Costo total actual por mes	Parte proporcional de su hogar	¿Quién ayuda a pagar el gasto?
Alquiler	RE	\$		
Alquiler del terreno	LR	\$		
Hipoteca	MO	\$		
Impuestos sobre la propiedad (si es aparte de la hipoteca)	TX	\$		
Seguro de vivienda (si es aparte de la hipoteca)	HO	\$		
Electricidad	EL	\$		
Gas natural/propano	GP	\$		
Aceite	OI	\$		
Madera/carbón/otras fuentes de calor	WO/ CO/OH	\$		
Agua/cloacas	WA	\$		
Residuos	GB	\$		
Tarifa básica de teléfono (sin incluir las llamadas de larga distancia)	TL	\$		
Honorarios de instalación de servicios públicos (no depósito)	UI	\$		
Cuidado de personas dependientes (adultos o niños)	DC	\$		
Manutención de niños (paga)	CS o CH	\$		
Pensión alimenticia/ manutención de cónyuge (no para cupones para alimentos)		\$		
Primas de seguro médico	HI	\$		
Pagos/ cuentas de gastos médicos (personas mayores o discapacitadas solamente)	ME	\$		
Primas de Medicare	MC or MB	\$		
Otros gastos (especificar)	OT	\$		

**(M)** Mencione su principal fuente de calefacción y refrigeración: \_\_\_\_\_

**(M, A, T)33.** Si indicó un gasto por el cuidado de una persona dependiente, complete el siguiente cuadro:

	COMPLETE UNA COLUMNA POR CADA PERSONA QUE RECIBE CUIDADOS			
PERSONA QUE RECIBE CUIDADOS				
PERSONA QUE PAGA LOS CUIDADOS/ IMPORTE QUE PAGA				
PROGRAMA QUE SE PAGA/ IMPORTE QUE SE PAGA				
PERSONA QUE PROPORCIONA LOS CUIDADOS				
DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LOS CUIDADOS				
IMPORTE FACTURADO				
FECHA DE PAGO				
CANTIDAD ESTIMADA DE HORAS DE CUIDADO/ MES				
RAZONES DEL CUIDADO	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Capacitación/ escuela <input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Capacitación/ escuela <input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Capacitación/ escuela <input type="checkbox"/> Buscando empleo	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Capacitación/ escuela <input type="checkbox"/> Buscando empleo

SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA APARTE

**COMPLETE LA SECCIÓN CELESTE (PREGUNTAS 34 A LA 40 INCLUSIVE) SOLAMENTE SI ESTÁ SOLICITANDO MEDICAID.**

**ATENCIÓN: TODOS LOS SOLICITANTES DE MEDICAID**

Todas las personas que reciban Medicaid menores de 21 años tienen derecho a participar en el Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés). Este programa promueve el cuidado preventivo de la salud y ofrece un examen exhaustivo para niños sanos. El examen incluye:

- medición de altura y peso;
- control de presión sanguínea;
- pruebas de laboratorio;
- audiometría;
- evaluación de crecimiento y desarrollo;
- vacunaciones;
- examen odontológico;
- prueba de visión;

El programa EPSDT también ofrece diagnóstico y tratamiento de seguimiento de cualquier problema que se encuentre.

(M) 34. ¿Desea obtener los servicios EPSDT para cualquier menor de 21 años? (Lea la información anterior)  Sí  No

(M) 35. ¿Alguien en su familia tiene beneficios médicos a través de Medicare (Partes A, B, C o D) o cobertura de jubilación de ferroviarios?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, mencione su/s nombres y proporcione confirmación. \_\_\_\_\_

(M) 36. ¿Hay algún plan de seguro médico grupal disponible para cualquier persona de su familia?  Sí  No  
 ¿La cobertura está disponible a través de un padre ausente?  Sí  No  
 ¿Alguien de su familia está inscrito en un seguro privado o grupal?  Sí  No

(M) 37. ¿Alguien de su familia tiene cobertura médica y/o dental?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete las siguientes casillas. Si tiene tarjetas aparte de seguro médico, dental o para la vista, debe completar la siguiente información por cada cobertura. Para pólizas adicionales, adjunte una hoja con esa información.

Titular de la póliza	Número de seguro social	Póliza N°	Importe pagado\$ _____
Compañía de seguros (nombre y dirección)		Grupo N°	Por cada _____ (mes, trimestre, semestre, año)
		Personas que cubre	Fecha de inicio      Fecha de finalización

(M) 38. ¿Alguien en su familia tiene facturas de gastos médicos por servicios recibidos en los últimos tres meses O alguien está pagando cuentas médicas impagas por servicios recibidos en cualquier momento?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿desea tener cobertura de Medicaid para los servicios recibidos en los últimos 3 meses?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, mencione los meses: \_\_\_\_\_  
 (Se solicitará confirmación de ingresos, recursos y gastos médicos para cada mes mencionado)

(M) 39. Si se le aprueba Medicaid, ¿le interesa recibir un descuento en su cuenta telefónica?  Sí  No

(M) 40. ¿Alguien en su hogar recibió alguna vez Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) que después canceló?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿esta persona recibe hoy en día beneficios del Seguro Social?  Sí  No

**COMPLETE LA SECCIÓN VERDE (PREGUNTAS 41 a 49 inclusive) SOLAMENTE SI ESTÁ SOLICITANDO CUPONES PARA ALIMENTOS.**

(A) 41. ¿Ha sido aprobado para recibir o está actualmente recibiendo el Programa de asistencia de energía para personas de bajos ingresos? (LIEAP, por sus siglas en inglés)  Sí  No

(A) 42. ¿Paga gastos de calefacción y refrigeración aparte del alquiler?  Sí  No

(A) 43. ¿Están incluidos los servicios públicos en su alquiler?  Sí  No

(A) 44. ¿Alguien en su familia compra o prepara comida en forma separada de otros miembros de su hogar?  Sí  No

(A) 45. ¿Alguien en su familia está certificado para recibir artículos alimentarios tribales?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, mencione quién \_\_\_\_\_

(A) 46. ¿Alguien de su familia ha recibido cupones para alimentos en los últimos 30 días?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

(A) 47. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido descalificados alguna vez para recibir el Programa de cupones para alimentos?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, mencione el nombre de la persona, la fecha en la que ocurrió, y la duración del período en el cual estuvo descalificado/a.

\_\_\_\_\_

(A) 48. ¿Lo han condenado a usted o a algún miembro de su familia por traficar beneficios de cupones para alimentos por \$500 o más?  Sí  No

(A) 49. ¿Usted o algún miembro de su familia han sido declarados culpables de intercambiar beneficios de los cupones para alimentos por drogas, armas, municiones o explosivos?  Sí  No

(A, T) 50. ¿Usted o algún miembro de su familia están huyendo para evitar un juicio, o prisión preventiva/ reclusión después de haber sido condenados por un delito grave?  Sí  No

(A, T) 51. ¿Usted o algún miembro de su familia están violando actualmente su libertad condicional/ bajo palabra?  Sí  No

(A, T) 52. ¿Usted o algún miembro de su familia fueron condenados (después del 22 de agosto de 1996) por los delitos de posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (drogas ilegales o ciertos medicamentos para los que se necesita receta médica)?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor explique. (¿Se ha cumplido la sentencia? ¿Está en cumplimiento de las condiciones de supervisión o está actualmente participando en forma activa de un tratamiento, si se le requirió?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(A, T) 53. ¿Se ha hallado que usted o algún miembro de su familia haya falseado en forma fraudulenta su identidad o residencia con el objetivo de obtener varios beneficios al mismo tiempo?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, mencione quién \_\_\_\_\_ y dónde \_\_\_\_\_

**COMPLETE LA SECCIÓN NARANJA (PREGUNTAS 54 A LA 57 INCLUSIVE) SOLAMENTE SI ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO DE TANF.**

(T) 54. ¿Ha recibido cualquier miembro de la familia asistencia de dinero en efectivo en un programa de otro estado o programa tribal entre el 1º de octubre de 1996 y el día de hoy?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, mencione el/los miembros de su familia, el estado, el programa tribal (si es el caso), y el período estimado en que se recibió asistencia.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	ESTADO	PROGRAMA TRIBAL	PERÍODO

(T) 55. ¿Algún organismo lo ayuda a pagar los costos de refugio?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, marque la casilla del tipo de asistencia que recibe:

- Viviendas públicas: unidades de viviendas o edificios pertenecientes o bajo el control de la Autoridad de Viviendas Públicas
- Subsidio para alquiler: cualquier otro tipo de vivienda en donde un programa de viviendas gubernamental paga en dinero.

Importe que usted paga: \$ \_\_\_\_\_

(T) 56. ¿Alguien paga o recibe facturas por el cuidado de un niño dependiente o adulto discapacitado para que otra persona puede trabajar, ir a la escuela/ realizar una capacitación, o buscar empleo?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, indique el tipo de cuidador del niño, como se explica a continuación:

**TIPOS DE CUIDADORES:**

**servicio de guardería en el hogar:** cuidado proporcionado en el domicilio del niño.

**hogar con servicio de guardería tipo familiar:** cuidador que atiende para 3 - 6 niños.

**hogar con servicio de guardería grupal:** cuidado proporcionado a 7 - 12 niños.

**guardería:** cuidador para 13 o más niños.

NOMBRE DEL NIÑO	TIPO DE CUIDADOR DEL NIÑO	¿TIENE LICENCIA EL CUIDADOR?		¿EL CUIDADOR ES UN PARIENTE?		
		HDC FDC GDC DCC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHR LFR LG DC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHN LFN LGN LDC
	___ servicio de guardería en el hogar ___ hogar con servicio de guardería tipo familiar ___ hogar con servicio de guardería grupal ___ guardería	HDC FDC GDC DCC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHR LFR LG DC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHN LFN LGN LDC
	___ servicio de guardería en el hogar ___ hogar con servicio de guardería tipo familiar ___ hogar con servicio de guardería grupal ___ guardería	HDC FDC GDC DCC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHR LFR LGR LDC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHN LFN LGN LDC
	___ servicio de guardería en el hogar ___ hogar con servicio de guardería tipo familiar ___ hogar con servicio de guardería grupal ___ guardería	HDC FDC GDC DCC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHR LFR LGR LDC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LHN LFN LGN LDC

**SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA APARTE.**

**(T) 57.** Ingrese el nivel de estudios y estado de educación apropiados para cada miembro de la familia, como se indica a continuación:

NIVEL DE ESTUDIOS	ESTADO DE EDUCACIÓN
<p>Ingrese el grado más alto que ha <b>COMPLETADO</b> cada miembro de la familia de cualquier edad o ingrese uno de los códigos siguientes para cada miembro de la familia que no ha comenzado aún a estudiar o que nunca lo hizo.</p> <p><b>PS</b> Pre-escolar  <b>HS</b> Programa Head Start (de aprendizaje temprano)  <b>KI</b> Jardín de infantes  <b>NS</b> Nunca fue a la escuela</p>	<p>Ingrese el estado educativo apropiado para todos los miembros de la familia de dieciséis (16) años o más según la siguiente tabla de códigos:</p> <p><b>H</b> Certificado de equivalencias (GED, por sus siglas en inglés)/ Diploma de la escuela secundaria  <b>A</b> Título de asociado  <b>B</b> Licenciatura  <b>M</b> Maestría  <b>O</b> Otro título  <b>N</b> Ningún título/ GED/ diploma</p>

NOMBRE:	NIVEL DE ESTUDIOS	ESTADO EDUCATIVO

**(M, T) 58.** ¿Espera algún cambio en los próximos tres meses sobre en la información que nos ha otorgado hoy?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

**(M, A, T) 59.** Si no está empadronado para votar en donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse hoy para votar?  Sí  No

Si no marca ninguna de las respuestas, se considerará que usted decidió no registrarse para votar.

Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de empadronamiento, nosotros lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Solicitar empadronarse o negarse a hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que usted recibirá de este organismo.

Si cree que alguien interfirió en su derecho a empadronarse o a negarse a votar, o su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o no, puede presentar una queja al Secretario de Estado, Casilla de Correo 202801, Helena, MT 59620-2801; número de teléfono gratuito: 1-888-884-8683.

INFORMACIÓN ADICIONAL

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE:**

\_\_\_\_\_ fue entrevistado por \_\_\_\_\_  
Nombre de solicitante o representante autorizado Nombre del Gerente del Caso de Elegibilidad

en \_\_\_\_\_  
fecha Fecha de entrada en vigencia de la solicitud

**LEA CON ATENCIÓN ANTES DE FIRMAR.  
SI NO COMPRENDE ALGO, PREGÚNTESELO AL EMPLEADO.**

**COMPRENDO QUE:**

- Debo informar cualquier cambio en mi situación a la Oficina de Asistencia Pública del condado. Para Medicaid y la asistencia de dinero en efectivo de TANF, los cambios deben ser informados dentro de los 10 días en que conocieron dichos cambios. Informar tarde sobre cualquier cambio puede dar como resultado beneficios incorrectos.
- Debo presentar la información y las pruebas según se requieren para ayudar a determinar si tengo derecho a recibir asistencia. El DPHHS puede ayudarme a obtener pruebas o a contactar a otras personas u organismos que me puedan asistir. Si necesito ayuda para reunir pruebas, debo comunicárselo a la Oficina de Asistencia Pública.
- La información que brindo/ brindamos en este formulario está sujeta a verificación por oficiales estatales y federales. Si alguna información es incorrecta, mi solicitud será denegada y yo podré estar sujeto a sanciones penales por haber presentado, intencionalmente, información incorrecta.
- Mi/ nuestros números de Seguro Social serán utilizados por los organismos estatales y federales para comprobar la identidad de los miembros de la familia, para evitar la participación duplicada en el programa, y para intercambiar dicha información mediante computadoras con otros organismos (Administración del Seguro Social, Hacienda Pública [IRS, por sus siglas en inglés], empleadores y bancos). La información obtenida de estas fuentes pueden afectar mi elegibilidad o mi grado de beneficios. Para los cupones para alimentos, el número de Seguro Social también puede ser revelado a agentes de la policía con el propósito de detener a criminales en fuga o a quienes estén violando su libertad condicional/ bajo palabra. También será usado para la recaudación de reclamos.
- Mi/ nuestra información sobre el estado de extranjeros será comprobada por el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). Esta información puede afectar la elegibilidad o el grado de beneficios.
- Si se solicita y se recibe asistencia de dinero en efectivo de TANF, se puede solicitar a los adultos que participen en un empleo o una actividad de capacitación. Los beneficios pueden ser prorrateados a la fecha en la que todos los adultos negocien y firmen un acuerdo para participar en un empleo o una actividad de capacitación.
- Las leyes y normas estatales y federales limitan el uso y revelación de información confidencial o protegida sobre la salud de solicitantes y destinatarios de programas de asistencia.
- Si Medicaid me aprueba, mis/ nuestros derechos a cualquier tipo de seguro médico u otro tipo de pago a un tercero serán automáticamente asignados por ley al estado de Montana.
- Si me aprueban la asistencia de dinero en efectivo de TANF, mis/ nuestros derechos a manutención de niños serán automáticamente asignados al estado de Montana. Si Medicaid me aprueba según ciertos programas de familia, mis/ nuestros derechos a asistencia médica serán automáticamente asignados al estado de Montana.
- Según la ley de Montana, la asistencia médica paga en nombre de individuos mayores de 55 años o de cualquier persona que resida en un asilo de ancianos (independientemente de su edad) puede estar sujeta a recuperación del patrimonio del individuo. Adicionalmente, se podría trabar un embargo sobre cualquier propiedad perteneciente a cualquier persona que reciba asistencia médica como servicio de asilo de ancianos.
- Puedo solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con alguna medida tomada en mi caso. Para los cupones para alimentos, mi solicitud puede ser oral o escrita. Para otro tipo de programas de asistencia, la solicitud debe entregarse al organismo en forma escrita.
- Los hogares que soliciten TANF deben solicitar para todo ingreso contable que tengan derecho a recibir.
- Al solicitar y recibir TANF y/o Medicaid, se me/nos requerirá solicitar y/o aceptar otros beneficios, programas, ingresos o recursos a los cuales podría/ podríamos tener derecho. Estos incluyen, entre otros: Seguro Social por Discapacidad, Manutención de niños, pago de anualidades, Medicare, Seguro de Desempleo, liquidaciones, herencias, premios, etc.
- El DPHHS está autorizado a comprobar la información de los destinatarios de TANF y de cupones para alimentos a través de Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones (NDNH, por sus siglas en inglés). Los resultados pueden afectar la elegibilidad para recibir TANF/cupones para alimentos.
- La información otorgada por los solicitantes y/o destinatarios de la ayuda financiera puede estar sujeta a comprobación por medio de un programa de cotejo electrónico de datos con la Administración del Seguro Social. Esto es autorizado por la Ley de Privacidad de 1974; 5 U.S.C. 552a enmendado.
- Es obligatoria la cooperación con un Control de Calidad al azar para permanecer elegible para beneficios continuos.

**Obligatorio para todos los programas:**

**Entiendo las preguntas en esta solicitud y las sanciones por retener datos o presentar información falsa o por violar cualquiera de las normas mencionadas en la advertencia de sanciones. Entiendo y acepto proporcionar documentos que prueben lo que he declarado. Entiendo y acepto que el Organismo puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener comprobación necesaria de cualquiera de las declaraciones en esta solicitud.**

**Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluyendo información sobre la ciudadanía o el estado legal del extranjero de cada miembro de la familia.**

SU FIRMA	FECHA DE HOY	FIRMA DE TESTIGO (si el solicitante firmó con un X)
----------	--------------	---

(M, T) Firma/s de TODAS las demás personas mayores de 18 años que viven con usted (si solicitan asistencia de dinero en efectivo o Medicaid):

Nombre:	Relación con el solicitante	Fecha
Nombre	Relación con el solicitante	Fecha

**PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE:**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Su entrevista personal o grupal está programada para: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Para los cupones para alimentos o la asistencia de dinero en efectivo, si no puede asistir a la cita de la entrevista programada, DEBE PROGRAMAR OTRA CITA.

### **VERIFICACIÓN**

A continuación encontrará una lista de verificaciones que puede traer el día de la entrevista o presentar con la solicitud a fin de acelerar el proceso de solicitud. Se debe verificar el número de Seguro Social, su ciudadanía/estado legal del extranjero e identidad de todas las personas que soliciten Medicaid. Para los cupones para alimentos, sólo el jefe de familia debe comprobar su identidad.

#### **Números de Seguro Social:**

- Debe ser capaz de presentar un número de Seguro Social o prueba de que se ha solicitado uno para todos los miembros que pidan asistencia de cualquier programa (cupones para alimentos: **A**, Medicaid: **M** o TANF: **T**)

**Ciudadanía/ estado legal del extranjero:** (sólo necesario para las personas que solicitan Medicaid o TANF; para el programa de Cupones para alimentos sólo se requiere prueba de ciudadanía si es dudosa):

- pasaporte estadounidense;
- acta de nacimiento;
- acta de nacionalización;
- formularios del USCIS;
- tarjeta de registro de extranjero;
- acta de ciudadanía;
- acta de bautismo (permitido para Medicaid sólo si es dentro de los 3 meses del nacimiento).

**Identidad:** (Medicaid): obligatorio para todos los miembros de la familia que soliciten los beneficios de Medicaid, y puede ser necesario para cónyuges, hijos menores o hermanos de los solicitantes y padres de los hijos menores que solicitan. Cupones para alimentos: sólo el jefe de familia debe verificar su identidad:

- licencia de conducir;
- tarj. de Ident. Personal del Estado;
- tarj. de Ident. Personal dependiente de las fuerzas armadas;
- documentos de la tribu;
- tarj. de ident. personal del gobierno local o federal;
- tarjeta militar/ registro de reclutamiento;
- identif. personal de la escuela con foto;
- registros de la guardería.

Algunos otros documentos pueden ser aceptados como prueba de la identidad con orientación federal.

#### **Ingresos y recursos:**

- talones de pago, sobres de pago, declaración de ingresos de empleadores;
- carta de premiación del Seguro Social, Seguridad Ingreso Suplementario, beneficios del Seguro de Desempleo, Indemnización laboral, beneficios de la Administración de Excombatientes, pensiones, etc.
- talones o registros de pago de manutención de niños y/o pensión alimenticia;
- estados de cuenta bancaria para cuentas corrientes y cajas de ahorro;
- estados financieros para certificados de depósitos o acciones y bonos;
- declaración federal de impuestos, registros de contabilidad, registros de gastos;
- registros/ libros de contratos de venta o ingresos de rentas;
- pólizas de seguro de vida y/o entierro (no es necesario para los cupones para alimentos);
- documentos de fideicomisos;
- declaraciones de préstamos, regalos o contribuciones que ha recibido;
- declaraciones de préstamos o facturas vencidas para automóviles/ equipamiento (no necesario para los cupones para alimentos);
- registros o títulos de vehículos (no necesario para los cupones para alimentos);
- copia impresa u otra documentación de actividad de Cuentas de Individuos Aborígenes.

**Gastos:** (es opcional presentar pruebas de gastos; sin embargo, el no hacerlo puede determinar que usted no sea apto o puede determinar que reciba menos beneficios):

- recibos y facturas del cuidado de una persona dependiente;
- declaraciones o facturas de gastos médicos (medicamentos, facturas del médico, primas del seguro). Incluya copias de la explicación para el seguro médico y de Medicare de las declaraciones de beneficios/pagos.
- Manutención de niños paga a una persona que no pertenece a la familia.

#### **Otros:**

- •declaración del médico sobre embarazo y fecha del parto (no es necesario para los cupones para alimentos);
- •copia del acta certificada de divorcio/ separación legal (no es necesaria para los cupones para alimentos);
- •tarjeta de Medicare o información que demuestre que cumple con los requisitos para Medicare Partes A, B, C o D (no es necesaria para los cupones para alimentos o TANF);
- •pólizas de seguro médico (no son necesarias para los cupones para alimentos);
- •liberación de mercadería (no necesario para Medicaid o TANF);
- •inscripción escolar (no es necesario para Medicaid o los cupones para alimentos).



